

CAZON  
XC 21  
-2009  
B61

Government  
Publications

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

## STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

### BRAMPTON CIVIC HOSPITAL PUBLIC-PRIVATE PARTNERSHIP PROJECT

(Section 3.03, 2008 Annual Report of the Auditor General of Ontario)

2<sup>nd</sup> Session, 39<sup>th</sup> Parliament  
59 Elizabeth II

**Library and Archives Canada Cataloguing in Publication Data**

Ontario. Legislative Assembly. Standing Committee on Public Accounts

Brampton Civic Hospital public-private partnership project (Section 3.03, 2008 Annual report of the Auditor General of Ontario)

Text in English and French on inverted pages.

Title on added t.p.: Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'Hôpital de Brampton (Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.03).

Also available on the Internet.

ISBN 978-1-4435-0627-4

1. Brampton Civic Hospital—Design and construction—Costs—Auditing. 2. Hospital buildings—Ontario—Brampton—Design and construction—Costs—Auditing. 3. Public-private sector cooperation—Ontario—Brampton—Evaluation. I. Title. II. Title: Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'Hôpital de Brampton (Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.03)

RA967 O56 2009

725'.5109713535

C2009-964044-9E

Legislative  
Assembly  
of Ontario



Assemblée  
législative  
de l'Ontario

The Honourable Steve Peters, MPP  
Speaker of the Legislative Assembly

Sir,

Your Standing Committee on Public Accounts has the honour to present its Report and commends it to the House.

Norman W. Sterling, MPP  
Chair



Queen's Park  
May 2010



Digitized by the Internet Archive  
in 2022 with funding from  
University of Toronto

<https://archive.org/details/31761114684186>

**STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS**

**MEMBERSHIP LIST**

2<sup>nd</sup> Session, 39<sup>th</sup> Parliament

**NORMAN W. STERLING**  
Chair

**PETER SHURMAN**  
Vice-Chair

AILEEN CARROLL

LIZ SANDALS

FRANCE GÉLINAS

MARIA VAN BOMMEL

JERRY J. OUELLETTE

DAVID ZIMMER

DAVID RAMSAY

---

Katch Koch  
Clerk of the Committee

Susan Viets  
Research Officer



**STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS**

**LIST OF CHANGES TO COMMITTEE MEMBERSHIP**

LAURA ALBANESE was replaced by DAVID RAMSAY on September 15, 2009.

ERNIE HARDEMAN was replaced by TED ARNOTT on September 15, 2009.

TED ARNOTT was replaced by PETER SHURMAN on February 24, 2010.

PHIL MCNEELY was replaced by AILEEN CARROLL on March 9, 2010.



## CONTENTS

INTRODUCTION	1
OVERVIEW	2
Relationship between the Ministries and Infrastructure Ontario	3
OBJECTIVE OF THE AUDITOR'S AUDIT	3
ISSUES RAISED IN THE AUDIT AND BEFORE THE COMMITTEE	3
On Time on Budget: Traditional versus AFP	4
Total Number of Hospital Projects in Ontario	4
AFP Process	4
Risk Transfer	5
Risk Transfer and Size of Project	5
Other Risks	5
Infrastructure Ontario Process	5
Value-for-money Assessment	6
Board and Infrastructure Ontario Expertise	7
Projects Rejected for AFP by Infrastructure Ontario	7
Selection of P3 Contractor	8
Approach to Services	8
Life Cycle	8
Nature of Brampton Civic Hospital Contract, Including Lease	9
Financing Costs	9
Disclosure and Cost of Financing for Specific Projects	10
Cost Increases Subsequent to Selection of Preferred Bidder	11
Project Costs Defined Upfront, Including Equipment Installation	11
Specifications	11
Generic Output Specifications	12
Local Share of Capital and Equipment Costs	12
Credit Crisis	13
Project Agreement and Performance Monitoring	14
Brampton Civic Hospital Contractual Agreement for Non-Clinical Services	14
Transparency and Accountability	15
Future Approach for Hospitals: Moving from Old to New Facilities	15
LIST OF RECOMMENDATIONS	17



## INTRODUCTION

In 2003 the William Osler Health Centre (WOHC) reached an agreement to build a new Brampton Civic Hospital under a public-private partnership (P3), following a decision by the government in 2001 that P3s had to be considered before the government would commit funding to new hospitals.\* In his audit report on the Brampton Civic Hospital P3 Project, the Auditor General (Auditor) noted that the costs and benefits of alternative procurement processes for the new hospital, such as traditional procurement – where the government designs and builds – were not adequately assessed. The Auditor concluded that the all-in cost for the Brampton Civic Hospital could well have been lower had the hospital and related non-clinical services been procured under the traditional procurement approach in this case.

Developments since WOHC's 2003 agreement to build the Brampton Civic Hospital under the P3 model include the following:

- In 2004 Ontario released *Building a Better Tomorrow*, a framework that stipulates the fundamental principles regarding private sector involvement in public infrastructure development. The framework incorporates procurement principles.
- In November 2005, a Crown agency, Infrastructure Ontario, was established. Its mandate is to oversee delivery of all alternative financing and procurement (AFP) projects in Ontario. (The current P3 process in Ontario is called AFP.)
- Under the 2005 *ReNew Ontario* public infrastructure investment plan, AFP projects are to undergo a value-for-money analysis by independent consultants to ensure potential cost savings in comparison with a traditional procurement approach.

The Auditor shared the key findings and recommendations from his Brampton Civic Hospital Public-private Partnership Project report (section 3.03 of the Auditor's *2008 Annual Report*) with management of the William Osler Health Centre, Infrastructure Ontario, the Ministry of Energy and Infrastructure and the Ministry of Health and Long-Term Care (Ministry of Health). The Auditor noted that as with any new process there are initially lessons to be learned. Senior officials in these organizations acknowledged this and stated that the AFP process currently in place addresses the issues raised by the Auditor.

In March 2009 the Standing Committee on Public Accounts held a day of hearings on section 3.03 of the Auditor's *2008 Annual Report*. Senior officials of the above-mentioned ministries and the William Osler Health Centre appeared

---

\* Public-private partnerships are generally contractual agreements between government and the private sector. Private-sector businesses provide assets and deliver services, and the various partners share the responsibilities and business risks. Governments enter into P3s because the agreements provide an opportunity to transfer risks to the private sector, allow both sectors to focus on what they do best, and accelerate investment to bridge the gap between the need for public infrastructure and the government's financial capacity.

before the Committee. (For a transcript of the hearings, see Committee *Hansard*, March 25, 2009.)

The Committee endorses the Auditor's findings and recommendations and would like to thank the Auditor and his team for drawing attention to important issues regarding private sector involvement in public sector infrastructure development.

In this report the Committee makes a number of recommendations and requests that the Ministries, Infrastructure Ontario and WOHC collectively provide the Committee Clerk with a written response to each Committee recommendation within 120 calendar days of the tabling of the Committee report with the Speaker of the Legislative Assembly, unless otherwise specified in a recommendation.

## OVERVIEW

William Osler Health Centre, one of Ontario's largest hospital corporations, serves Etobicoke, and Brampton and the surrounding area, the latter being one of the fastest-growing regions in Ontario. The Health Services Restructuring Commission recognized in the late 1990s that Brampton region residents needed a new hospital. In 2003, WOHC reached a P3 agreement with partners to build Brampton Civic Hospital. The partners were the Ontario Municipal Employees Retirement System (OMERS) and The Healthcare Infrastructure Company of Canada – a consortium of Ellis Don (a private-sector construction contractor) and Carillion Canada Inc. (a private-sector non-clinical service contractor).

Under the agreement the consortium would design, build and finance a new 608-bed hospital, provide certain non-clinical services and also maintain and service the facility over a 25-year period. The William Osler Health Centre agreed to a monthly payment over this 25-year period, beginning on the completion date of the hospital. WOHC also planned to redevelop Peel Memorial Hospital to provide an additional 112-bed capacity.

In October 2007, WOHC opened the new hospital. Over the three-year construction period, the cost totalled \$614 million for design and construction, modifications and financing charges. The hospital had 479 beds in service. Bed expansion plans by fiscal year are as follows:

- 527 beds in 2009/10;
- 570 beds in 2010/11; and
- 608 beds by 2011/12.

At the time of the audit Peel Memorial Hospital provided no clinical services. The Ministry of Health, WOHC and the Local Health Integration Network (LHIN) were to determine the future plan for the Peel project.

## **Relationship between the Ministries and Infrastructure Ontario**

The Ministry of Health oversees and promotes the health system for the physical and mental well-being of the people of Ontario. The Ministry of Energy and Infrastructure's mandate includes overseeing the delivery of major capital projects, such as hospitals, courthouses, roads, bridges, water systems and other public assets. Infrastructure Ontario is a Crown corporation that uses AFP to rebuild the province's infrastructure. It also provides Ontario's municipalities, universities and other eligible bodies with access to affordable loans to build and renew local public infrastructure.

The Ministry of Health and the Ministry of Energy and Infrastructure develop major capital projects together with hospitals. The Ministry of Health works with hospitals and the LHINs to determine the extent of programs and services as well as matters related to space and design, capital cost share, the local share plan, and post-construction operating funding. The Ministry of Energy and Infrastructure and Infrastructure Ontario oversee the delivery of the approved project.

## **OBJECTIVE OF THE AUDITOR'S AUDIT**

The objective of the Auditor's audit was to assess whether

- the decision to use the P3 model was suitably supported by a competent analysis of alternatives;
- all significant risks and issues were considered and addressed appropriately in the final agreement; and
- public expenditures were incurred with due regard for economy.

## **ISSUES RAISED IN THE AUDIT AND BEFORE THE COMMITTEE**

The Auditor noted that WOHC had invested much time and effort in planning and delivering the new hospital project. However, WOHC did not have the option of choosing which procurement to follow. Rather, it was the government of the day that decided to follow the public-private partnership (P3) approach. The Auditor noted that, before this decision was made, the costs and benefits of alternative procurement approaches, including traditional procurement, were not adequately assessed. This, along with a number of other issues the Auditor had with respect to this first P3 project at WOHC, led the Auditor to conclude that the all-in cost could well have been lower had the hospital and the related non-clinical services been procured under the traditional approach, rather than the P3 approach implemented in this case. However, as with any new process there are initially lessons to be learned. Senior officials in these organizations acknowledged this and stated that the AFP process currently in place addresses the issues raised by the Auditor.

## On Time on Budget: Traditional versus AFP

The Ministry of Health said that AFP entrenches the obligation of the private sector to deliver hospital projects on time and on budget. The Committee asked whether the Ministry had ever conducted a review of traditionally procured hospital projects (for example, over the past 20 years) to determine how many of these were on time and on budget. The Ministry said that it did not believe that such a study existed.

### *Total Number of Hospital Projects in Ontario*

According to the Ministry of Health there are about 117 hospital projects in Ontario. Thirty-nine are major projects that existed before the creation of ReNew Ontario (which works under the IO approach) and 78 are major projects that the government has announced and will span the period up to 2011-12.

### **Committee Recommendation**

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

- 1. Until the completion of the 117 hospital projects currently underway in Ontario, the Ministry of Health and Long-Term Care shall report back annually to the Standing Committee on Public Accounts on which projects were completed in the fiscal year, identifying those which were on time and on budget, as well as those which were not. The Ministry shall also specify the type of procurement used for each hospital project included in its report.**

### **AFP Process**

In his audit of the Brampton Civic Hospital P3 project, the Auditor concluded that there was no formal assessment of the costs and benefits of all available procurement alternatives. He recommended that all feasible alternatives be evaluated and that consideration be given to expanding the involvement and expertise of Infrastructure Ontario to all infrastructure projects. The Ministry of Health indicated that the current AFP process addresses the Auditor's concern in that individual projects are, in effect, evaluated against policy priorities to ensure that they are consistent with those priorities. Investment decisions are made independently of the assessment of procurement alternatives.

The Ministry described AFP as a method of delivering large, complex infrastructure projects that leverages private sector resources and expertise. All of the projects undertaken by Infrastructure Ontario using the AFP methodology are guided by five key principles:

- Public interest is paramount.
- Value-for-money must be demonstrable.
- Appropriate public control and ownership must be preserved.
- Accountability must be maintained.

- All processes must be fair, transparent and efficient.

The Ministry noted that all of the hospitals using AFP are publicly owned, publicly operated and publicly accountable.

### *Risk Transfer*

In his report on the Brampton Civic Hospital project, the Auditor said that the extent to which a properly structured traditional procurement contract could have resulted in a lower all-in cost should have been more carefully considered before making the decision to follow the P3 approach. With respect to the provision of hospital non-clinical services, he also noted that the William Osler Health Centre estimated \$95 million in risk transfer to private sector partners under the P3 agreement for the risk of price fluctuations from such issues as estimation errors and inflation. The Auditor said much of this \$95 million in risk transfer may not be realizable, owing to re-pricing provisions in the project agreement. The Auditor recommended that in assigning transferable risks, that all relevant factors, including those that mitigate the risks, should be considered. He also recommended that actual experience from previous AFP projects should be applied wherever possible and said that the transfer of risk should be supported by the terms of the project agreement.

The Ministry of Energy and Infrastructure said that assessment of the amount of risk transfer is not scientific but “has been brought to some level of discipline.” The Ministry of Health believes that the province is getting best-value bids by looking at options to transfer the risks associated with the building project itself. It said that under AFP projects substantial risks associated with design, building, financing, operation and maintenance are transferred to the private sector.

### *Risk Transfer and Size of Project*

The Ministry of Energy and Infrastructure examines several risk criteria before determining whether a project should be included in an AFP structure. These include the following: the amount of effective risk transfer that can take place; opportunity for innovation; and, the size of the project. The Ministry determines whether there is a large enough volume or size of project that it will obtain financing interest and consortium interest.

### *Other Risks*

The Ministry of Energy and Infrastructure noted that other criteria, including the types of risks associated with the project (e.g., environmental risk), the types of legislative and regulatory constraints that might apply that would not allow for an AFP, and other conditions are assessed. It said that the majority of infrastructure projects in Ontario are not AFPs, even though there are several underway now.

## **Infrastructure Ontario Process**

The Ministry of Health said that since Brampton Civic Hospital was completed, there have been significant changes in the way that large infrastructure projects

are built and financed in Ontario. It added that most of the issues related to project procurement that were highlighted in the Auditor General's report are now being better handled by Infrastructure Ontario.

### *Value-for-money Assessment*

The Auditor noted that the value-for-money assessment conducted for the Brampton Civic Hospital project was not based on a full analysis of all relevant factors and criteria and was carried out too late to allow improvements to be made to the procurement process. The Auditor recommended that value-for-money assessments should have relevant and clear criteria, and should be conducted at the earliest stage of the procurement process. The Auditor also noted that the value-for-money assessment of Brampton Civic Hospital could be perceived as biased, as the only way that the William Osler Health Centre could receive funding for a new hospital was to follow the P3 approach. He recommended that comparing costs under the traditional approach and the AFP approach should be an objective process to reduce the risk of any bias in comparison.

The Ministry of Health said that Infrastructure Ontario's value-for-money methodology has been reviewed and judged sound by major accounting firms and by the Ontario government internal auditor. The Government of Canada's public-private partnership screening guidelines list Infrastructure Ontario's value-for-money assessment guide as its preferred tool for determining value for money. The Ministry of Health said that the Ministry of Energy and Infrastructure conducts an initial assessment of projects to determine whether they are suitable for AFP and should be assigned to Infrastructure Ontario. When projects are referred to that agency, value-for-money assessments are conducted at three stages, with increasing specificity at each new stage.

The first assessment is prior to the release of the request-for-proposal (RFP). The engineering and architectural advisers to the hospital determine a cost estimate and therefore generate a value-for-money estimate. If that value-for-money is positive, Infrastructure Ontario will approve the issuance of the RFP. When bids are received, a value-for-money assessment is carried out on the lead bidder. The third value-for-money assessment occurs at financial close, when rates are set for capital costs and borrowing costs.

Infrastructure Ontario examines the cost of borrowing both for the (private sector) consortium and for the government. It also assesses the base costs of construction, which would be the same regardless of whether construction occurs under a traditional or AFP model. The amount of risk premium that is retained by government under a traditional design-bid-build versus an AFP model is also assessed.

Infrastructure Ontario uses industry experts, value-for-money advisers and historical data to quantify the probability of risk occurring and the related cost impact. The risk premium assessment is based on a risk register for hospitals that has been developed in conjunction with Altus Helyar, a cost consulting/property surveyor firm that advises the agency. Risk assessment is based on the probability

and severity of risk, which is then measured against capital costs, creating a value-for-risk transfer. An assessment is made risk category by risk category, for each specific project, determining who will retain the risk, and then looking at the probability and severity of that risk.

In order to determine the total cost, Infrastructure Ontario also includes transaction costs and advisers' costs associated with the project. It compares the traditional (government design-bid-build) method against AFP. If the cost of the latter is less than the former, the determination is that there is value-for-money in the AFP process.

### *Board and Infrastructure Ontario Expertise*

The Committee asked how the Ministry of Energy and Infrastructure is able to create a level playing field in negotiations with, for example, huge multinational contractors involving financiers from investment banks who are highly skilled in negotiating deals and have a degree of knowledge those negotiating deals on behalf of the hospital may not have. The Ministry said not to underestimate the sophistication of hospital board members. Some, for example, are investment bankers, corporate bankers or heads of construction firms. In addition to this, Infrastructure Ontario finds individuals with expertise in such areas as engineering, construction project management, architecture, design, and project finance. The Ministry said that Infrastructure Ontario has done a good job in assembling a sophisticated team.

Advisers are also hired who have worked with some of the financiers in other transactions. The advisers are there to provide legal advice and have expertise in Canadian international law regarding deal structuring, transaction and financial advice with respect to credit risk, and financial evaluation. Some bureaucrats have worked in project finance and have experience in infrastructure projects.

The Ministry of Energy and Infrastructure noted that a hospital deal is a procurement process. The transaction and deal structure is set by Infrastructure Ontario with the hospital, and previous guidance from the Ministry of Health. Face-to-face negotiations are less of an issue in these transactions. The Ministry of Energy and Infrastructure believes the public interest is well protected.

### *Projects Rejected for AFP by Infrastructure Ontario*

The Ministry of Energy and Infrastructure said that Infrastructure Ontario recently determined during value-for-money assessments that two projects for Quinte Health Care and a significant reconstruction at the Ottawa General Hospital were deemed not to have value-for-money and were therefore not appropriate projects for AFP.

## **Committee Recommendation**

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

2. In light of the fact that substantial project management expertise is now available through Infrastructure Ontario for projects procured under alternative financing and procurement (AFP), the Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on Public Accounts on how the Ministry is able to monitor whether a hospital undertaking the traditional design-build procurement is able to apply a similar level of project management expertise for overseeing those projects.

### **Selection of P3 Contractor**

In his report on the Brampton Civic Hospital project the Auditor said that in Ontario only a limited number of contractors had the capacity to undertake large institutional projects. He also said that the mingling of capital construction and operational support services in the Brampton Civic Hospital project might have further limited competition and reduced value for money. He recommended that before a decision is made to enter into an AFP arrangement that a comprehensive market assessment should be carried out.

### *Approach to Services*

The Ministry of Health noted that the AFP approach to services is different from the former approach for P3 projects. In December 2006 the government decided to exclude hospital ancillary services, such as laundry, patient food services, linen, porter services, and housekeeping from AFP projects. The government decided against the inclusion of such ancillary services because of operating difficulties that can arise. Only the “hard facility” (the physical plant), such as building, maintenance and engineering, which would be managed by an external entity, is included in AFP projects. All the ongoing day-to-day management of the facility such as security and parking is allowable, but is not mandatory, under AFPs. The Ministry said that the decision to exclude hospital ancillary services reaffirmed the government’s commitment that AFP hospital projects are about the design, construction and maintenance of hospital facilities. Services involving direct patient care are not part of AFP agreements:

### *Life Cycle*

According to the Ministry of Health, life cycle is an innate part of AFP long term agreements. Under these agreements, the private sector partner is responsible both for day-to-day caretaking and for maintaining the standard of the physical plant over the period of the agreement. The Brampton Civic Hospital project included full life cycle costs, as well as ancillary services.

Mr. Ken White, supervisor, WOHC, said that the life cycle component can be a key element in securing investment. He noted that owing to inflationary pressures,

hospital maintenance has been “squeezed” and that maintenance deficiencies occur as infrastructure ages.

### *Nature of Brampton Civic Hospital Contract, Including Lease*

Mr. Ian Marshall, vice-president and general counsel, WOHC, said there is a primary project agreement between the hospital corporation and a special-purpose project company. This is the overarching agreement covering the design, build, finance, maintain and ancillary service provision aspects of the project. A number of underlying agreements between various entities facilitate the transaction.

One of these is a lease between the hospital corporation and the project company, with a leaseback to the hospital corporation. The leaseback provides the hospital corporation with the right to occupy the premises, short of its own default. Mr. Marshall said that the hospital, being the owner of the fee simple and the land, is the owner of the fixture built on the premises – the facility. (He also noted that this is a matter of legal opinion.) The lease was provided because it gives the project company (for the lender’s satisfaction) an interest in the facility. The lender will not receive final payment until the end of the 25 year payment period. Instead of transferring the ownership to the private corporation and then buying it back for \$1 after 25 years, the same result has in effect been achieved with a lease and leaseback.

### *Financing Costs*

In his report on the Brampton Civic Hospital P3 project, the Auditor noted that in comparing the design and construction costs of the traditional procurement approach and the P3 approach, the hospital assumed that there would be no financing under the traditional approach but that the design and construction costs under the P3 approach would be financed. The Auditor recommended that in order to ensure that all options are adequately considered, the decision to build and the decision to finance should be evaluated separately. The Auditor also noted that for the Brampton Civic Hospital project additional costs of following the P3 approach, including interest rate differentials between private-sector and government borrowing and other transaction costs, should have been included in the decision-making process. The Auditor recommended that all significant costs of AFP should be assessed in the decision-making process.

Mr. Marshall said that the private corporation receives a monthly lump sum called the unitary charge/unitary payment that was calculated in accordance with a 200 page financial model. There are a number of line items in the model breaking out components that comprise the unitary charge. These relate to such factors as construction of the facility, financing costs and day-to-day services. There is a financing charge in that agreement on the capital. The senior debt interest rate under the project agreement – the benchmark bond rate used – was 4.95%. The credit spread was 1.35% for a total senior debt coupon rate of 6.3%.

At the time that the private sector bids were submitted, those submitting had to provide a benchmark interpolated rate on Government of Canada bonds and a

specified 1.35% credit spread.<sup>\*\*</sup> If the bidder could not meet the credit spread, there was an opportunity to walk away from the deal. The private sector bidders were under an obligation to raise financing as initially promised and to not exceed that cost.

### Capital Cost Allowance

The Committee wanted to know whether capital cost allowance was taken into account in contract negotiations. The Ministry of Energy and Infrastructure said that the debate is not about the cost of capital, it is about risk and under P3s (during the time of the Brampton Civic Hospital procurement) it was about transfer of risk. The Ministry noted that if there is a capital cost allowance opportunity for the private sector consortium or for a member within the consortium that could be a gain share opportunity for the province.<sup>\*\*\*</sup> However, it said that this deal was a procurement that examined certain specific criteria, such as the consortium's committed financing and its total cost of the project. The Ministry believes that such factors were of greater interest and applicability to the province than considerations of the consortium's tax treatment and where it was domiciled; how the consortium chose to structure itself and to take advantage of tax treatment in Delaware was not something that the province could affect.

The Committee said this could be affected by negotiating for a better rate if the consortium did have a capital cost allowance advantage. The Ministry of Energy and Infrastructure said that the issue would be where to stop with negotiations.

Mr. Marshall said that the hospital wanted to be insulated from considerations of tax treatment. The hospital did not want to be affected if the consortium could not realize its tax treatment expectations. How the bidding consortia structured themselves was considered proprietary, confidential information because not all consortia structured themselves the same way.

### Committee Recommendation

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

- 3. Infrastructure Ontario shall report to the Committee on whether it includes as part of its value-for-money assessment an estimate of the potential tax benefits resulting from capital cost allowances and other items included in the proposed alternative financing and procurement (AFP) arrangement that will accrue to its private sector partners.**

### *Disclosure and Cost of Financing for Specific Projects*

The Committee asked why the Ministry of Energy and Infrastructure does not reveal the cost of financing for specific projects. The Ministry said that the cost of

---

<sup>\*\*</sup> Interpolating a rate is the process of calculating a rate for a forward date, which does not fall on a fixed date.

<sup>\*\*\*</sup> A gain share means that if the actual cost is lower than the target cost, then the contractor will share the gain with the purchaser.

financing is both project-specific and consortium-member-specific. The rate will vary from consortium to consortium depending on such factors as a consortium's credit rating, its structure, its ability to finance a project, and how it is able to obtain committed financing. Conditions vary over time. The borrowing rate is proprietary information of the consortium. The disclosure policy referred to above by the Ministry of Health makes information available to allow for as much transparency as possible without impacting the bidder's proprietary information.

The Committee asked whether it could obtain the average cost of financing for P3 and AFP projects. The Ministry of Energy and Infrastructure said that such information would be a data point taken out of context. Providing an average for differing projects that would vary according to such factors as design-build-finance versus design-build-finance-maintain, size of project, consortium membership, ability to borrow, and differing covenants would create disinformation. The Ministry also said that Infrastructure Ontario's policy is to not provide this information. The Committee said that it understood that Infrastructure Ontario does not disclose financing for specific projects. The Committee requested the Ministry to provide an average cost of financing, based on a grouping of projects that it felt was appropriate, in order to arrive at some determination of how much the people of Ontario are paying for financing the projects. The Ministry said it would take this under consideration.

### **Committee Recommendation**

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

4. **The Ministry of Energy and Infrastructure shall report to the Standing Committee on Public Accounts on the average cost of financing of the alternative financing and procurement (AFP) hospital project agreements that have so far been signed.**

### **Cost Increases Subsequent to Selection of Preferred Bidder**

#### *Project Costs Defined Upfront, Including Equipment Installation Specifications*

The Auditor noted in his report that WOHC paid an additional \$63 million, primarily for modifications to accommodate the installation of medical equipment and questioned whether some of these costs could have been avoided with better upfront planning. WOHC acknowledged part of the cost could have been avoided with better planning. According to the Ministry of Health the AFP process was corrected so that all specifications related, for example, to equipment installation, are part of the upfront consideration.

The Ministry of Health and the hospital determine these specifications before the RFP is issued in order to limit scope changes during construction, to keep the costs on budget, and to allow the contractor to meet deadlines. This means that the major equipment decisions have already been made and are incorporated into the agreement before a building is built. The Ministry of Energy and Infrastructure said that the project specifications that the hospital is required to have in place are

critical upfront because they determine what elements will be required of the bidder, and this is integrated into the RFP documents. This means that the bidders clearly understand what they are bidding on and there is a very limited opportunity to subsequently change the scope of the project.

The Ministry of Health noted that in the case of Brampton Civic Hospital there was “some drift.” It said that one of the lessons learned from the Brampton project related to pre-planning. According to the Ministry, now that the program specifications, the volumes, the size and the scope of the project are specified at the beginning, and integrated into the RFP process and the tendering, those decisions are fixed from the perspective of a clear understanding of the size and scope of the project. There will always be cost escalations over time based on money costs, construction costs, and issues related to the general economy. However, that is not only an issue for AFP, it is an issue for all Ministry of Health construction projects.

Infrastructure Ontario’s project management responsibility, once the consortium has been chosen, is to represent the client (the hospital and the Ministry of Health) and to protect the client’s interests. The Ministry of Energy and Infrastructure cited one example of protection of a client’s interests that occurred, relating to geotechnical concerns in a project. Infrastructure Ontario argued that the client had transferred geotechnical risk to those building and that those building should have been properly prepared by understanding such matters as soil conditions. The Ministry of Energy and Infrastructure also said that once a contract has been struck, effort is required to reopen the contract, which imposes a certain degree of discipline in preventing the alteration of agreed upon specifications. The financiers introduce an additional level of discipline. The financiers want to ensure that the money they have invested will not be (adversely) affected as the financiers will not be paid until the hospital deems the project complete.

### *Generic Output Specifications*

The Ministry of Health, in conjunction with colleagues, has been developing “generic output specifications.” In cases of a new-build hospital, there are generic specifications that apply consistently and save time in the consulting and design phases. These are now built into the specifications of all like projects.

### **Committee Recommendation**

- 5. The Standing Committee on Public Accounts is encouraged by the potential for value for money in applying generic hospital design specifications and therefore requests that the Ministry of Health and Long-Term Care report on whether all hospital capital projects are required to utilize these specifications.**

### *Local Share of Capital and Equipment Costs*

In his report, the Auditor said that WOHC initially had a significant funding shortfall for its share of the cost of the hospital’s design and construction and the equipment, noting that the government will have to cover the shortfall. He

---

recommended that before granting approval for a new hospital, the government should carry out a more comprehensive assessment of whether the hospital has a realistic plan for raising its agreed-to local share of the funding.

The Ministry of Health said that the current funding ratio for capital projects is that the province pays for 90% of the capital costs and the local community pays for 10%. Over a number of years the Ministry has had different ratios for capital projects as well as a funding policy for furnishings and equipment. The ratio has varied from 50-50 to 80-20 and in some cases the Ministry has paid for 100% of costs, mostly related to mental health or very specialized facilities. The hospital, and hence its local community, has always been tasked with fund raising for the smaller portion of the ratio.

Since 2006 the ratio has been 90-10. The rationale for this was that as the size of projects grew, the costs associated with the full rebuild of hospitals and the replacement of total infrastructure grew. The ability of local communities to raise a large amount, such as 20%, 30% or 40% of the cost, became difficult. The government decided that it was more important to replace the infrastructure and to reconsider the funding share model, hence the change to 90-10. The Ministry of Health said that the fundraising burden on a local community is substantially less as a result of the current ratio.

An additional change related to equipment purchases. Previously the Ministry of Health paid for a significant portion of new equipment. Now hospitals pay for 100% of equipment purchases.

The Committee raised the issue of the community's difficulty in gauging and responding to an increased local share cost as project costs increase over the duration of the project. The Ministry of Health said that the planning cycle is long, lasting for years, not months. As time passes technology can change resulting in project cost increases by the end of the planning process. Costs may increase again during the RFP process and construction period owing to construction cost increases. In cases where the local share of the capital cost was 50%, these cost increases could have a significant impact on local communities. This is why the government decided to shift a significant portion of construction costs to the province.

### *Credit Crisis*

The Ministry of Energy and Infrastructure commented on dramatic changes that have occurred in the credit markets since the fall of 2008. It said that private equity and infrastructure funds have tightened credit but that there has been a flight to quality projects that are defined by the nature and sponsor of the projects. The Ministry referred specifically to government infrastructure sponsors; these projects are attracting capital and capital interest from a wide array of financiers and financing institutions. Three projects have closed successfully since the fall for Infrastructure Ontario.

The Ministry of Energy and Infrastructure noted that under the AFP model committed financing must be provided at commercial close. Moving from commercial close to financial close can take a number of weeks or sometimes a number of months, as is the case in the tightened credit market. The Ministry said that its projects had all come to closure based on the ability of the proponents involved to secure financing. It added that it is Infrastructure Ontario's job to monitor credit availability. Infrastructure Ontario examines weekly credit conditions and also assesses how it evaluates financing and committed financing in its project agreements and RFP processes.

## **Project Agreement and Performance Monitoring**

### *Brampton Civic Hospital Contractual Agreement for Non-Clinical Services*

The Auditor noted in his report on the Brampton Civic Hospital that WOHC had yet to establish procedures for monitoring the performance of the private-sector partner (with regards to non-clinical services provision). He recommended that hospitals should have adequate procedures in place to verify the performance of contractors and that any resulting adjustments to the unitary payment should be made on a timely basis.

The Ministry of Health said that the service agreement for Brampton Civic hospital is large. Each area of service provision, such as housekeeping and laundry, requires lengthy contractual provisions in order to obtain continued value for money. Mr. White described these contractual agreements as detailed documents that are difficult to understand, adding that it is hard to determine what measures to use to ensure that the required level of service is obtained. The Ministry of Health said that the 2006 decision to leave non-clinical services out of AFP agreements substantially simplifies the contractual arrangements.

Mr. White noted that simplification is necessary to ensure that implementation of the agreements results in the achievement of goals and not just "a whole lot of people maintaining metrics." At Brampton Civic Hospital, any variance between 95% and 105% in, for example, volumes of housekeeping services or porter services, is adjusted every month on the bill. The hospital only pays for what it receives. There are additional metrics for such issues as satisfaction levels. These are complex, but the intention is that the hospital only pay for services received.

The Committee asked about a comment from Mr. White's predecessor that the expectation was that Brampton Civic Hospital would receive more non-clinical services as a result of the agreement. Mr. White said that the perception is that people put a good deal of effort into striking a complex but very detailed agreement, with rigorous targets. He believes this constitutes the basis for his predecessor's comment. However, he said that what is now required is to simplify matters and focus on what is required in terms of service, as opposed to some of the expectations "that I think are maybe not reasonable."

According to Mr. White the hospital's operating budget is comprised of the global budget and the post-construction operating plan (PCOP), which includes details

related to the agreement for non-clinical service provision and anticipates standard costs regarding increasing patient levels. If non-clinical service levels increase, then a larger portion of the operating budget is used for non-clinical services. However, Mr. White noted that this cost increase is covered by the Ministry of Health. The Committee asked what impetus exists to keep costs down if the Ministry covers the cost increases. Mr. White said that he is currently working with the Ministry on this matter. The goal is to determine how to make the non-clinical service provision agreement a simpler agreement and how to create the right incentives to reduce costs. Mr. White is pleased by the government's 2006 decision to exclude ancillary services from AFP agreements.

## **Transparency and Accountability**

In his report on the Brampton Civic Hospital the Auditor said that there was no standard policy on disclosure practices specific to P3 arrangements. He recommended that in order to ensure transparency, Infrastructure Ontario should establish and communicate a policy on disclosure of AFP information.

The Ministry of Health responded to this recommendation by noting that Infrastructure Ontario is committed to transparency and follows a disclosure policy consistently on all projects. Request for qualifications are posted on MERX, which is the government's electronic tendering service, and all requests for proposals, project agreements and value-for-money reports are posted on Infrastructure Ontario's website. Methodologies related to value for money and risk transfer are also freely available.

### *Future Approach for Hospitals: Moving from Old to New Facilities*

The Ministry of Health said that part of the rationale for the appointment of a WOHC supervisor in the Brampton Civic Hospital project related to the complexity of finishing a very large construction project and moving into a new facility, while maintaining quality patient services. The Ministry is formulating a process to manage these issues in the future. Mr. White said that he sits on the Ministry's committee that is examining how to deal with such transitions.

The Ministry said that at Brampton Civic, hospital operating changes were required because staff was not familiar with the new facility, which differed from the old facility. Populating the hospital, taking it over and designing changes in operation to accommodate the new premises have all been important issues. The Ministry is developing a more consistent approach to assist hospitals in moving from old to new facilities.

The Committee commented on past protests by local community members over the quality of services provided by Brampton Civic Hospital. Mr. White said that Brampton Civic is a state-of-the-art hospital in Ontario that, with its technology and team, is leading-edge. However, he also noted that the transition to this type of facility was dramatic and at the time, the hospital faced a number of internal issues. Mr. White said that it is necessary to anticipate such issues going forward as these can jeopardize stability and safe patient care. He said that he believes

most issues have been addressed in connection with Brampton Civic Hospital. He noted that the community had different expectations regarding where the hospital would be located and what would happen to the old hospital. He said the hospital has worked extensively with the community and has made some major gains.

### **Committee Recommendation**

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

- 6. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on Public Accounts on any guidelines that it has to facilitate the transition from old hospital facilities to new hospital facilities. If the Ministry does have such guidelines, it should also comment on how the experience of the Brampton Civic Hospital project influenced the content of the guidelines.**

## LIST OF RECOMMENDATIONS

The Standing Committee on Public Accounts recommends that:

1. Until the completion of the 117 hospital projects currently underway in Ontario, the Ministry of Health and Long-Term Care shall report back annually to the Standing Committee on Public Accounts on which projects were completed in the fiscal year, identifying those which were on time and on budget, as well as those which were not. The Ministry shall also specify the type of procurement used for each hospital project included in its report.
2. In light of the fact that substantial project management expertise is now available through Infrastructure Ontario for projects procured under alternative financing and procurement (AFP), the Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on Public Accounts on how the Ministry is able to monitor whether a hospital undertaking the traditional design-build procurement is able to apply a similar level of project management expertise for overseeing those projects.
3. Infrastructure Ontario shall report to the Committee on whether it includes as part of its value-for-money assessment an estimate of the potential tax benefits resulting from capital cost allowances and other items included in the proposed alternative financing and procurement (AFP) arrangement that will accrue to its private sector partners.
4. The Ministry of Energy and Infrastructure shall report to the Standing Committee on Public Accounts on the average cost of financing of the alternative financing and procurement (AFP) hospital project agreements that have so far been signed.
5. The Standing Committee on Public Accounts is encouraged by the potential for value for money in applying generic hospital design specifications and therefore requests that the Ministry of Health and Long-Term Care report on whether all hospital capital projects are required to utilize these specifications.
6. The Ministry of Health and Long-Term Care shall report to the Standing Committee on Public Accounts on any guidelines that it has to facilitate the transition from old hospital facilities to new hospital facilities. If the Ministry does have such guidelines, it should also comment on how the experience of the Brampton Civic Hospital project influenced the content of the guidelines.



directive, il doit également préciser dans quelle mesure le projet de l'hôpital de Brampton a influé sur leur contenu.

Le Comité permanent des compétences recommande ce qu'il suit :

1. D'ici à ce que les 117 projets de nouveaux hôpitaux en cours en Ontario soient terminés, le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport annuellement au Comité permanent des compétences publiques des projets ayant été terminés au cours de l'exercice, en précisant ceux qui ont – et n'ont pas – été livrés dans les détails et les budgets prévus. Le ministère devra également indiquer la méthode d'acquisition utilisée pour chaque projet de nouvel hôpital longue durée devra faire rapport annuellement au Comité permanent des compétences publiques des projets ayant été terminées au cours de l'exercice, en précisant ceux qui ont été terminées au cours de l'année financière et d'acquisition selon le modèle de diversification des modes de gestion de projet par l'entremise d'Infrastructure Ontario pour les projets acquis selon le modèle de diversification des modes de financement et d'appel à des spécialistes équivalents en matière de gestion de projet. Comme il est dèsormais possible d'avoir accès à des spécialistes de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport au Comité permanent et d'appropriement (DMA), le ministère de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport au Comité permanent des compétences publiques sur la façon dont le ministère est en mesure de surveiller si un hôpital entreprisant un projet d'acquisition selon le modèle classique « conception-construction » est en mesure de faire fiscaux événuels découlant de déductions pour amortissement et d'autres postes inclus dans l'entente de diversification des modes de financement et d'appropriement (DMA) dont pourraient bénéficier ses partenaires du secteur privé.
2. Comme il est dèsormais possible d'avoir accès à des spécialistes de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport au Comité permanent et d'acquisition selon le modèle de diversification des modes de financement de projets acquis selon le modèle de diversification des modes de gestion de projet par l'entremise d'Infrastructure Ontario pour les projets acquis selon le modèle de diversification des modes de financement et d'appel à des spécialistes équivalents en matière de gestion de projet. Le modèle de surveillance « conception-construction » est en mesure de faire mesure de surveiller si un hôpital entreprisant un projet d'acquisition selon le modèle classique « conception-construction » est en mesure de faire pour superviser ces projets.
3. Infrastructure Ontario doit déclarer au Comité si son évaluation de l'optimisation des ressources inclut une estimation des avantages fiscaux événuels découlant de déductions pour amortissement et d'autres postes inclus dans l'entente de diversification des modes de financement et d'appropriement (DMA) dont pourraient bénéficier ses partenaires du secteur privé.
4. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure doit faire rapport au Comité permanent des compétences publiques du coût moyen du financement des ententes de projet DMA qui ont été conclues à ce jour à l'égard d'hôpitaux.
5. Le Comité permanent des compétences publiques est encouragé par le devis décrivant généralement par quelles méthodes toutes les demandes de l'adoption d'un potentiel d'optimisation des ressources qui découlent de l'adoption d'un devis de la Santé et des Soins de longue durée doivent être honorées à ce-devant.
6. Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité permanent des compétences publiques au sujet de toute demande de l'ancien hôpital vers le nouveau. Si le ministre dispose de telles lignes de projets d'immobilisations relatives à des hôpitaux sont tenus de se ministère de la Santé et des Soins de longue durée déclare si tous les projets d'immobilisations relatives à des hôpitaux sont tenus de se conformer à ce devis.

Le Comité permanent des comités publics recommande ce qui suit :

#### **Recommandation du Comité**

6. Le ministre de la Santé et des Soins de longue durée doit faire rapport au Comité permanent des comités publics au sujet de toute ligne directrice mise en œuvre pour faciliter la transition de l'ancien hôpital vers le nouveau. Si le ministre dispose de telles lignes directrices, il doit également préciser dans quelle mesure le Projet de l'hôpital de Brampton a influé sur leur contenu.

Le ministère a indiqué qu'à l'hôpital de Brampton, des modifications aux méthodes de fonctionnement étaient nécessaires parce que les membres du personnel n'étaient pas familiers avec la nouvelle installation, qui diffère de l'ancienne. Déménager au nouvel hôpital, prendre la situation en mains et déterminer de nouveaux modes de fonctionnement pour tenir compte des nouveaux lieux sont des aspects importants qui ont été pris en considération. Le ministère est à formuler une approche plus cohérente pour faciliter le processus de déménagement des hôpitaux dans de nouveaux lieux.

## *installations*

Approche future pour les hôpitaux : Déménagement dans de nouvelles

Le ministère de la Santé a répondu à cette recommandation en mentionnant qu'Infrastructure Ontario s'est engagé à faire preuve de transparence et se conforme à une politique de divulgation à l'égard de tous les projets. Conformément à cette politique, les demandes de publications sont affichées sur MERRX (ce qui est un service d'offre de soumission électronique du gouvernement), tandis que les demandes de propositions, les ententes de projet et les rapports d'optimisation des ressources sont accessibles au public sur le site Web d'Infrastructure Ontario. Les méthodologies relatives à l'optimisation des ressources et au transfert des risques sont également publiques.

Dans son rapport sur l'hôpital de Brampton, le vérificateur mentionne qu'il n'y avait pas de politique standard sur les pratiques de divulgation propres aux ententes P3. Il recommande que, afin d'assurer la transparence, l'infrastucture de la ville passe à une politique standard sur les pratiques de divulgation.

Renseignements sur les projets DMDA.

Outre l'établissement communiqué une politique en matière de divulgation des ententes P3, M. White recommande que l'infrastucture de la ville passe à une politique standard sur les pratiques de divulgation.

Dans son rapport sur l'hôpital de Brampton, le vérificateur mentionne qu'il n'y avait pas de politique standard sur les pratiques de divulgation propres aux ententes P3. Il recommande que, afin d'assurer la transparence, l'infrastucture de la ville passe à une politique standard sur les pratiques de divulgation.

## Transparence et responsabilisation

M. White est heureux de la décision prise en 2006 par le gouvernement d'exclure les services auxiliaires des ententes DMDA. Les bonnes mesures incitatives pour réduire les coûts et le coût bas si le ministère assume les augmentations. M. White a répondu qu'il détermine comment simplifier l'entente de prestation des services non cliniques discute actuellement de cette question avec le ministère. L'objectif est de déterminer comment instaurer les bonnes mesures incitatives pour réduire les coûts de la santé. Le Comité a demandé quels sont les facteurs incitant à maintenir les coûts bas si le ministère assume les augmentations. M. White a répondu qu'il discute actuellement de cette question avec le ministère. L'objectif est de déterminer comment simplifier l'entente de prestation des services non cliniques du budget d'exploitation est consacrée aux services non cliniques. Toutefois, Si les niveaux des services non cliniques sont accrus, alors une plus grande part standards en ce qui a trait à l'augmentation des niveaux de services aux patients. éléments relatifs à la prestation des services non cliniques et prévoit des coûts et le plan de fonctionnement posterérieur à la construction, qui comprend les éléments relatifs à la prestation des services non cliniques. Toutefois,

Selon M. White, le budget d'exploitation de l'hôpital comprend le budget global atteintes susceptibles, à son avis, de ne pas être raisonnables. Toutefois, il a ajouté qu'il est desormais nécessaire de simplifier le tout et de se concentrer sur ce qui est requis sur le plan du service, plutôt que sur certaines coûts due au caractère de son prédecesseur se fondait sur cet état de fait. une entente complexe, mais très détaillée, comportant des cibles rigoureuses. Il a ajouté qu'il impressionne que les gens déploient beaucoup d'efforts en vue de conclure davantage de services non cliniques à la suite de l'entente. M. White a répondu de M. White, selon laduelle il est prévu que l'hôpital de Brampton recevrait le Comité a posé une question au sujet d'une remarque faite par le prédecesseur

que pour les services qu'il obtient. Ces paramètres sont complexes, mais le but est que l'hôpital ne paie satisfaction. Ces paramètres pour régir des éléments tels que les niveaux de facture. L'hôpital paie uniquement pour les services régus. Il existe des d'entretien menager ou de services de conciergerie, est rajusté chaque mois sur la situation entre 95 % et 105 % à l'égard, notamment, des volumes de services en un travail de gestion de paramètres. A l'hôpital de Brampton, tout écart se oeuvre des ententes permettre d'atteindre des objectifs et ne consiste pas seulement M. White a mentionné qu'une simplification pour que la mise en

à simplifier grandement ces ententes. pris en 2006 d'exclure les services non cliniques des ententes DMDA a contribué à simplifier grandement ces ententes. ajoute qu'il est difficile de déterminer les mesures à prendre pour former les contractuelles comme étant des documents difficiles à comprendre, et à

Selon le ministre de la Santé, l'entente de service pour l'hôpital de Brampton est vaste. Chaque aspect de la prestation de services, notamment l'entretien ménager et la bannière, nécessite des dispositions contractuelles détaillées pour assurer une optimisation continue des ressources. M. White a décrit ces ententes

Dans son rapport sur le Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'hôpital de Brampton, le vérificateur mentionne que le WHOCH n'a pas encore établi de procédures pour surveiller le rendement de son partenaire (en ce qui a trait à la prestation de services non cliniques). Il recommande que les hôpitaux mettent en place des procédures qui leur permettent de vérifier le rendement des entrepreneurs et que les systèmes consécutifs au paiement unitaire soient effectués en temps opportun.

Ensuite, l'hôpital de Brampton a mis en place des procédures qui lui permettent d'évaluer le rendement des partenaires (en ce qui a trait à la prestation de services non cliniques).

Le vérificateur recommande que les hôpitaux établissent des procédures pour surveiller le rendement de son partenaire (en ce qui a trait à la prestation de services non cliniques).

Ensuite, l'hôpital de Brampton a mis en place des procédures qui lui permettent d'évaluer le rendement des partenaires (en ce qui a trait à la prestation de services non cliniques).

Ensuite, l'hôpital de Brampton a mis en place des procédures qui lui permettent d'évaluer le rendement des partenaires (en ce qui a trait à la prestation de services non cliniques).

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a souligné qu'en vertu du modèle DMFA, le financement engagé doit être fourni au moment de la conclusion de l'entente. Le passage de la clôture de l'entente à la clôture financière peut prendre des semaines et même plusieurs mois, comme c'est le cas depuis le resserrement du marché du crédit. Selon le ministre, ses projets ont tous été conclus en fonction de la capacité des promoteurs en cause à obtenir du financement. Il a ajouté que la responsabilité de la surveillance de la dette du crédit

incidence à Infrastructure Ontario. Infrastructure Ontario examine chaque semaine la conjoncture des marchés du crédit et examine sa fagon d'évaluer le financement et le financement engagé prévus dans les ententes des projets et les processus de DP.

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a souligné qu'en vertu du modèle DMFA, le financement engagé doit être fourni au moment de la conclusion de l'automne avec Infrastructure Ontario.

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a souligné qu'en vertu du modèle DMFA, le financement engagé doit être fourni au moment de la conclusion de l'automne avec Infrastructure Ontario.

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a parlé des changements radicaux qui se sont produits dans les marchés du crédit depuis l'automne 2008. Il a mentionné que les fonds de capitaux privés et d'infrastructures ont resserré les conditions de crédit, mais qu'on a pu observer une flûte vers les projets de qualité définis par leur nature et leurs promoteurs. Le ministre a fait référence de façon précise aux promoteurs des projets d'infrastructure gouvernementale, qui attirent du capital et de la participation au capital d'un large éventail de financeurs et d'institutions de financement. Trois projets ont été conclus avec succès depuis l'automne avec Infrastructure Ontario.

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a parlé des changements radicaux qui se sont produits dans les marchés du crédit depuis l'automne 2008. Il a mentionné que les fonds de capitaux privés et d'infrastructures ont resserré les conditions de crédit, mais qu'on a pu observer une flûte vers les projets de qualité définis par leur nature et leurs promoteurs. Le ministre a fait référence de façon précise aux promoteurs des projets d'infrastructure gouvernementale, qui attirent du capital et de la participation au capital d'un large éventail de financeurs et d'institutions de financement. Trois projets ont été conclus avec succès depuis l'automne avec Infrastructure Ontario.

5. Le Comité permet des compétences publiques est encouragé par le potentiel d'optimisation des ressources qui découle de l'adoption d'un devis détaillé générée et par conséquent, demande que le ministère de la Santé et des Soins de Longue durée déclare si tous les projets d'immobilisations relatives à des hôpitaux sont tenus de se conformer à ce devis.

## Recommandation du Comité

des consultations et de la conception. Ces lignes directrices sont dèsormais intégrées aux devis de tous les projets semblables.

Dans son rapport, le vérificateur mentionne qu'au début, il manquait beaucoup de fonds au WOHC pour payer sa part des coûts de construction et de conception de l'équipement, et ajoute que le gouvernement devra assumer le mandat de l'hôpital pour les projets d'immobilisations, de même qu'une politique de différenciation pour les projets d'immobilisations, de même qu'une politique de 80-20 et dans certains cas, le ministère a assumé la totalité des coûts, la plupart du temps dans le cas d'établissements de santé mentale ou très spécialisés. L'hôpital, et donc la collectivité locale, a toujours été tenu de mobiliser des ressources à la reconstruction complète des hôpitaux et au remplacement de l'infrastructure totale ou augmentation au rythme de l'accroissement de l'envergure des projets. Les collectivités locales ont de plus en plus de difficulté à mobiliser des montants importants de l'ordre de 20 %, 30 % ou 40 % des coûts. Le gouvernement a donc décidé qu'il était plus important de remplacer l'infrastructure et d'examiner de nouveau le modèle de partage du financement, d'où l'adoption du ratio 90-10. Selon le ministère de la Santé, ce ratio contribue à réduire le fardeau de la collectivité financière pour couvrir la petite part du ratio.

Depuis 2006, le ratio est de 90-10. La raison de ce ratio est que les coûts associés à la reconstruction complète des hôpitaux et au remplacement de l'infrastructure à la reconstruction complète sont assumés à 90 % par la province et à 10 % par la collectivité des projets soit assumés à 90 % par la province et à 10 % par la collectivité. Selon le ministère de la Santé, à l'heure actuelle, les coûts des immobilisations financières pour l'aménagement et l'équipement. Le ratio a varié de 50-50 à 80-20 et dans certains cas, le ministère a adopté des ratios différents pour les projets d'immobilisations, de même qu'une politique de différenciation pour les projets d'immobilisations, de même qu'une politique de 80-20 et dans certains cas, le ministère a assumé la totalité des coûts, la plupart du temps dans le cas d'établissements de santé mentale ou très spécialisés. L'hôpital, et donc la collectivité locale, a toujours été tenu de mobiliser des ressources à la reconstruction complète des hôpitaux et au remplacement de l'infrastructure totale ou augmentation au rythme de l'accroissement de l'envergure des projets. Les collectivités locales ont de plus en plus de difficulté à mobiliser des montants importants de l'ordre de 20 %, 30 % ou 40 % des coûts. Le gouvernement a donc décidé qu'il était plus important de remplacer l'infrastructure et d'examiner de nouveau le modèle de partage du financement, d'où l'adoption du ratio 90-10. Selon le ministère de la Santé, ce ratio contribue à réduire le fardeau de la collectivité financière pour couvrir la petite part du ratio.

Le Comité a soullevé la question de la difficulté qu'à la collectivité à évaluer et à reagir à une augmentation de la part locale qui découle de l'augmentation des coûts tout au long de la durée du projet. Selon le ministre de la Santé, le cycle de planification est long et dure non pas des mois, mais des années. La technologie équipements. Dèsormais, les hôpitaux assument la totalité de ces coûts.

WHO a recommandé. Selon le ministère de la Santé, le processus DMR a été amélioré de façon que tous les devis relatifs, par exemple, à l'installation d'équipement, fassent partie de l'analyse initiale.

Le ministre de la Santé et l'hôpital déterminent ces stipulations avant que la demande de propositions soit publiée afin de limiter les modifications de la Portée apporées durant la construction, de garder les coûts conformes au budget et de permettre à l'entrepreneur de respecter les échéances. Cela signifie que les décisions importantes touchant l'équipement ont déjà été prises et sont intégrées à l'entente avant la construction de l'immeuble. Selon le ministre de l'Énergie et de l'Infrastructure, le devis que l'hôpital est tenu de définir pour le projet est essentiel dès le début parce qu'il détermine les éléments qui seront exigés du soumissionnaire, et doit être intégré aux documents de la DP. Ainsi, les sommes prévisionnelles comprennent bien la nature du projet auquel ils soumettent.

Sur le ministère de la Santé, dans le cas de l'hôpital de Bramption, quelques « dérivés » ont été constatées. L’importance de la planification préalable a été l’une des légions acquises dans le cadre de ce projet. Selon le ministre, comme le débris du projet, les volumes, la taille et la portée sont desormais définis dès le début et intègrent les procéssus de DP et d’appel d’offres, les décisions sont fixées sur le principe d'une compréhension claire de la taille et de la portée du projet. Il est impossible de complétement éviter les augmentations de coûts au fil du temps, attribuables aux couts monétaires, aux couts de construction et à la conception économique. Toutefois, il ne s’agit pas d’une situation propre aux projets DMPA, c’est un problème qui touche tous les projets de construction du ministère de la Santé.

Le ministre de la Santé, consiste à représenter le client (l'hôpital et le ministre de la Santé) et à protéger ses intérêts. Le ministre de l'Énergie et le ministre d'Infrastructure Ontario (l'Ontario en gestion de projet, une fois le consortium choisi, consiste à représenter le client (l'hôpital et le ministre de la Santé) et à protéger ses intérêts. C'est un exemple de protection des intérêts du client, en lien avec des préoccupations géotechniques dans le cadre d'un projet. L'infrastructure Ontario affirme que le client avarié transfère le risque géotechnique à l'entité responsable de la construction, et cette dernière aurait dû être préparée adéquatement pour gérer une compréhension de questions telles que les conditions du sol. Le ministre de l'Énergie et de l'Infrastructure a assuré qu'une fois le marché conclu, il est fastidieux de le rouvrir, ce qui impose une certaine discipline pour éviter la modification des clauses convenues. Les financiers contribuent à une discipline accrue à cet égard. Ils veulent s'assurer que les fonds qu'ils ont investis ne servent pas touchés (négligemment), étant donné qu'ils ne sont pas payés tant que l'hôpital ne juge pas que le projet est terminé.

Devis descriptif générale

Le ministère de la Santé, conjointement avec des collègues, a formulé un « devis descriptive générique ». Dans le cas d'un nouvel hôpital, ce devis descriptive générique de l'application de l'accord nuliforme et permet de gagner du temps aux étapes génératrices de l'accord.

Dans son rapport, le vérificateur mentionne que le WHO a versé 63 millions supplémentaires, principalement pour les modifications aux bâtiments afin de pouvoir installer l'équipement médical, et est d'avis qu'une meilleure planification initiale aurait permis d'éviter une partie de ces coûts, ce que le

Hausse des couts à la suite du choix du soumissionnaire  
Cout des projets définis initialement, y compris les devis relatifs à l'installation d'équipement

4. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure doit faire rapport au Comité permanent des compétences publiques du coût moyen du financement des ententes de projet DMA qui ont été conclues à ce jour à l'égard d'hôpitaux.

Le Comité permanent des compétences publiques recommande ce qui suit :

## **Recommandation du Comité**

Le Comité a demandé s'il pourrait obtenir le cout moyen du financement des projets P3 et DMPA. Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a répondu que ces renseignements constituent des données simples hors contextes. Fournir une moyenne pour des projets différents et variants selon des facteurs tels que le modèle « conception-constuction-financement » par opposition au modèle « conception-construction-financement », la taille du projet, les membres du consortium, la capacité d'emprunt et les engagements diversifiés seraient source de désinformation. Le ministère a également mentionné que la politique d'Infrastructure Ontario ne prévoit pas la communication de ces renseignements. Le Comité a indiqué qu'il comprend qu'Infrastructure Ontario ne révèle pas les données relatives au financement de certains projets. Le Comité a demandé que le ministère fournit le cout du financement moyen, d'après un ensemble de projets qui croit représenter, afin de permettre de déterminer, dans une certaine mesure, combien les Ontariois paient pour le financement des projets. Le ministre a répondu qu'il envisagerait cette possibilité.

*Déclaration et cout du financement de projets particuliers*

financement et d'approvisionnement (DMA) dont pourraient profiter ses partenaires du secteur privé.

... L'interpolation consiste à calculer un taux à une date ultérieure qui ne tombe pas à une date fixe.  
... Le partage des gains signifie que si le coût réel est inférieur au coût prévu, l'entrepreneur partage le montant de l'écart avec l'acheteur.

### 3. Infrastructure Ontario doit déclarer au Comité si son évaluation de l'optimisation des ressources inclut une estimation des avantages fiscaux éventuels découlant de déductions pour amortissement et d'autres postes inclus dans l'entente de diversification des modes de

Le Comité permettant des comptes publics recommande ce qui suit :  
**Recommandation du Comité**

Selon M. Marshall, l'hôpital souhaitait demeurer à l'abri des considérations relatives au traitement fiscal. L'hôpital ne voulait pas être touché si les attentes du consortium en matière de traitement fiscal ne pouvaient se réaliser. La structure des consortiums soumissionnaires était considérée comme de l'information de nature exclusive et confidentielle parce que tous les consortiums ne sont pas structurés de la même façon.

Le Comité a ajouté que la province aurait pu influer sur ces facteurs en négociant un taux plus avantageux si le consortium avait eu un avantage sur le plan de la déduction pour amortissement. Le ministre de l'Énergie et de l'Infrastructure affirme que la question était de déterminer à quel moment mettre un terme aux négociations.

Delaware n'était pas un secteur sur lequel la province pouvait influer. Le consortium avait décidé de se structurer et de tirer profit du traitement fiscal au relatif au traitement fiscal du consortium et à sa domiciliation; la fagon dont le total prévu du projet. Le ministre est d'avis que ces facteurs revêtent un intérêt critères précis, notamment l'engagement de financement du consortium et le coût soulignant que ce marché constitue un apprivoisement certain traduire par une occasion de partage des gains pour la province. \*\*\* Toutefois, il a consacré du secteur privé ou pour un membre du consortium pourrait se indiquer que la possibilité de prévoir une déduction pour amortissement pour le à l'hôpital de Brampton), il est question de transfert des risques. Le ministre a secteur public et le secteur privé (durant le processus d'approvisionnement relativement à l'immobilisations, mais bien le risque et dans le cas des partenariats entre le

Le Comité souhaite savoir si une déduction pour amortissement avait été prise en compte dans le cadre des négociations contractuelles. Le ministre de l'Énergie et de l'infrastructure a répondu que le débat ne concerne pas les couts

### Déduction pour amortissement

Canada, ainsi qu'un différentiel de taux fixe de 1,35 %. Si le soumissionnaire ne pouvait se conformer à ce différentiel de taux, il avait la possibilité de se retrouver dans des procédures. Les soumissionnaires du secteur privé étaient tenus de trouver des modèles de financement conformément aux promesses initiales, dans le respect des couts prévus.

devait offrir un taux type interposé sur les obligations du gouvernement du

Au moment de la soumission des offres par le secteur privé, les soumissions

d'intérêt nominal total de 6,3 % sur la créance prioritaire.

utilisé — étais de 4,95 %. Le différentiel de taux était de 1,35 %, pour un taux

sur la créance prioritaire aux termes de l'entente — le taux des obligations types

L'entente prévoit des frais de financement à l'égard du capital. Le taux d'intérêt

constuction de l'hôpital, les couts de financement et les services quotidiens.

dan le calcul des frais unitaires. Ces éléments ont trait à des couts tels que la

« frais unitaires/paiement unitaire », calcule conformément à un modèle financier

de 200 pages. De nombreux postes du modèle ventulent les éléments qui entrent

selon M. Marshall, la société privée régout un montant forfaitaire mensuel appelé

l'approche DMPA soient pris en compte dans le processus décisionnel.

La soumission donc que tous les couts importants associés à

privé et du gouvernement, au sujet du être pris en compte dans le processus

les différences dans les taux d'intérêt et autres couts de transaction du secteur

l'hôpital de Brampton, les couts additionnels associés à l'approche P3, y compris

le vérificateur mentionné également que dans le cas du Projet de

compte, la décision de construire et la décision de financer soient prises en

verificatrices d'après recommande que, pour que toutes les options soient dans en

de conception et de construction seraient financées selon la formule P3. Le

l'approvisionnement traditionnel et selon le modèle P3, l'hôpital a supposé qu'il

que n'y aurait pas de financement selon l'approche traditionnelle, mais que les couts

du en comparant les couts de conception et de construction selon

Dans son rapport sur le Projet de l'hôpital de Brampton, le vérificateur indique

## Couts de financement

d'effectuer un bail et une cession-bail.

la société privée puis de la racheter à 1 \$ après 25 ans, il est plus simple

periode de paiement de 25 ans. Plutôt que de transférer la propriété de l'hôpital à

l'instalation. Le propriétaire ne recevra pas de paiement final avant la fin de la

à la société de projet (à la satisfaction du propriétaire) une participation dans

question d'avocat juridique). La solution du bail a été retenue parce qu'elle accorde

installations constructives sur les lieux. (Il mentionne également qu'il s'agit d'une

M. Marshall, l'hôpital étant propriétaire en fief simple, est propriétaire des

d'occuper les lieux, tant qu'elle respecte les conditions du bail. Selon

l'association de l'hôpital. En vertu de la cession-bail, l'association a le droit

entre l'association de l'hôpital et la société de projet, prévoyant une cession-bail à

diverses entités facilitant la transaction. Mentionnons notamment le bail conclu

services auxiliaires. Un certain nombre d'ententes sous-jacentes concloses entre

à la conception, la construction, le financement, l'entretien et la restauration des

de projet principale à être concue entre l'association de l'hôpital et une société de

projet ad hoc. Il s'agit de l'entente générale couvrant les aspects du projet relatifs

Selon M. Ian Marshall, vice-président et avocat général du WOHC, une entente

Nature du contrat relatif à l'hôpital de Brampton, y compris le bail

Selon M. Ken White, superviseur du WHO/C, le cycle de vie peut constituer un élément clé pour attirer des investissements. Il souligne qu'en raison de pressions inflationnistes, l'entretien des hôpitaux fait l'objet de compressions et que des lacunes surviennent à mesure que l'infrastructure prend de l'âge.

Le projet de Brampton comprend les coûts complets du cycle de vie, ainsi que les services auxiliaires. Le programme physique durant toute la période de l'entretien. Le projet de l'installation de ces ententes, le partenaire du secteur privé est responsable tant de l'entretien quotidien que de s'assurer du respect des normes DMFA à long terme. Aux termes de ces ententes, le secteur privé est selon le ministère de la Santé, le cycle de vie fait partie intégrante des ententes

## Cycle de vie

aux soins directs aux patients ne sont pas visés par les ententes DMFA. L'entretien et l'exploitation d'établissements hospitaliers. Les services ayant trait à la construction et l'entretien des bâtiments hospitaliers doivent avoir trait à la conception, la réalisation et l'exploitation de projets P3 visant à exclure les services auxiliaires réalisée l'engagement du gouvernement selon projets DMFA, mais non obligatoires. Le ministère affirme que la décision d'exclure les services de sécurité et de stationnement, sont permises à titre d'exemple les activités de gestion quotidienne de l'installation, par projets DMFA. Toutes les activités de gestion quotidienne de l'installation, par l'ingénierie, qui seraient gérées par une entité externe, sont incluses dans les projets DMFA, mais non obligatoires. Le ministère affirme que la construction, l'entretien et l'exploitation physiques, par exemple la construction, l'entretien et l'exploitation d'établissements hospitaliers, servies quotidiennement. Seules les activités et entretien menagé) des projets DMFA. Le gouvernement fournit sa décision sur les risques que des difficultés opérationnelles surviennent. Seules les activités le gouvernement a décidé d'exclure les services auxiliaires fournis dans les services différents de l'approche antérieure pour les projets P3. En décembre 2006, le ministère de la Santé a mentionné que l'approche DMFA pour la prestation de

## Approche pour les services

globale du marché avant d'opter pour une entente DMFA. L'optimisation des ressources. Il recommande de procéder à une évaluation limitative encore plus le nombre d'entreprises aptes à exécuter l'entretien, ce qui a un impact sur l'entretien opérationnel dans le cadre du Projet de l'hôpital de Brampton services de soutien opérationnel dans la mobilisation ou dans la prestation de spécialisées dans la construction d'immeubles dans la construction de institutions d'envergure est limité. Il ajoute que le melange des sociétés en Ontario, le nombre de sociétés en mesure d'entreprendre des projets dans son rapport sur le Projet de l'hôpital de Brampton, le vérificateur mentionne

## Sélection de l'entrepreneur P3

pour superviser ces projets. Appel à des spécialistes équivalents en matière de gestion de projet le modèle classique « conception-construction » est en mesure de faire mesure de surveillance si un hôpital entrepreneurial un projet achuis selon permament des compétences sur la façon dont le ministère est en état de longue durée délivrer faire rapport au Comité financier et d'approvisionnement (DMFA), le ministère de la Santé

## **Expertise du conseil et d'infrastructure Ontario**

Le Comité a demandé comme mission le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure est en mesure d'uniformiser les règles du jeu dans le cadre de négociations avec, par exemple, d'énormes entrepreneurs multinationaux, nécessitant des financements de banques d'investissement hautement spécialisées dans la négociation d'affaires et ayant des connaissances approfondies que ne possède pas les personnes qui mènent des négociations pour le compte de l'hôpital. Le ministère a demandé de ne pas sous-estimer le savoir-faire des membres du conseil d'administration de l'hôpital. Certains, par exemple, sont des spécialistes des services de banque d'investissement, des spécialistes des services bancaires aux grandes entreprises ou des dirigeants d'entreprises de construction. En outre, l'infrastructure Ontario relient les services de spécialistes de domaines tels que l'ingénierie, la gestion de projets de construction, l'architecture, la conception et le financement de projets.

Selon le ministre, l'infrastructure Ontario a réussi à former une équipe chevronnée.

Des conseillers ayant travaillé avec certains des financeurs dans le cadre d'autres transactions sont également embauchés. Ces conseillers sont chargés de prodiguer des conseils juridiques et possèdent une expertise en lois internationales en vigueur au Canada en matière de structures de transactions, en conseils financiers et transactuels en ce qui concerne le risque de crédit, ainsi qu'en évaluation financière. Certains bureaux ont travaillé dans le domaine du financement de projet et ont de l'expérience des projets d'infrastructure.

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a souligé que une transaction visait un hôpital constitue un processus d'approvisonnement. La transaction et sa structure sont définies par Infrastructure Ontario en collaboration avec l'hôpital, d'après des directives antérieures du ministre de la Santé. Les négociations en face à faire ne constituent pas vraiment un enjeu dans le cadre de ces transactions. Le ministre de l'Énergie et de l'Infrastructure est d'avis que l'intérêt du public est bien protégé.

## **Recommandation du Comité**

2. Comme il est désormais possible d'avoir accès à des spécialistes de la gestion de projet par l'entremise d'Infrastucture Ontario pour les projets acquis selon le modèle de diversification des modes de

Le Comité permanent des comptes publics recommande ce qui suit :

Selon le ministère de la Santé, la méthode d'évaluation de l'optimisation des ressources d'Infrastructure Ontario a fait l'objet d'un examen et a été jugée saine par les grands cabinets comptables et par le vérificateur interne de l'Ontario. Les lignes directrices pour la sélection des partenariats entre les secteurs public et privé du gouvernement du Canada mentionnent le guide d'évaluation de l'optimisation des ressources d'Infrastructure Ontario comme outil de préélection pour déterminer l'optimalité des ressources. Selon le ministère de la Santé, le ministre de l'Énergie et de l'Infrastructure procéde à une évaluation préliminaire des projets afin de déterminer si ils peuvent se présenter à la DMA. Si les coûts de cette dernière sont inférieurs, on conclut que le processus de sélection de la méthode d'évaluation-sélection-construction « à la méthode DMA permet une meilleure optimisation des ressources.

Selon le ministère de la Santé, la méthode d'évaluation de l'optimisation des ressources d'Infrastructure Ontario a fait l'objet d'un examen et a été jugée saine par les grands cabinets comptables et par le vérificateur interne de l'Ontario. Les lignes directrices pour la sélection des partenariats entre les secteurs public et privé du gouvernement du Canada mentionnent le guide d'évaluation de l'optimisation des ressources d'Infrastructure Ontario comme outil de préélection pour déterminer l'optimalité des ressources. Selon le ministère de la Santé, le ministre de l'Énergie et de l'Infrastructure procéde à une évaluation préliminaire des projets afin de déterminer si ils peuvent se présenter à la DMA. Si les coûts de cette dernière sont inférieurs, on conclut que le processus de sélection de la méthode d'évaluation-sélection-construction « à la méthode DMA permet une meilleure optimisation des ressources.

La première évaluation est effectuée avant la publication de la demande de propositions (DP). Les consiliers en génie et en architecture de l'hôpital établissent une estimation des coûts, ce qui permet d'obtenir une estimation de l'optimisation des ressources. Si l'optimisation des ressources est satisfaisante, Infrastructure Ontario approuve la publication de la DP. Une fois les soumissions reçues, une évaluation de l'optimisation des ressources est menée à l'égard du consortium, qui sont les mêmes quels que soit le modèle d'approvisationnement retenu (classement ou DMA). Le montant de la prime de risque retenu par le gouvernement pour le modèle d'approvisationnement « conception-soumission-construction », en comparaison avec le modèle DMA, est également évalué.

La première évaluation est effectuée avant la publication de la demande de propositions (DP). Les consiliers en génie et en architecture de l'hôpital établissent une estimation des coûts, ce qui permet d'obtenir une estimation de l'optimisation des ressources. Si l'optimisation des ressources est satisfaisante, Infrastructure Ontario approuve la publication de la DP. Une fois les soumissions reçues, une évaluation de l'optimisation des ressources est menée à l'égard du modèle d'approvisationnement « conception-soumission-construction », en comparaison avec le modèle DMA, est également évalué.

La première évaluation est effectuée avant la publication de la demande de propositions (DP). Les consiliers en génie et en architecture de l'hôpital établissent une estimation des coûts, ce qui permet d'obtenir une estimation de l'optimisation des ressources. Si l'optimisation des ressources est satisfaisante, Infrastructure Ontario approuve la publication de la DP. Une fois les soumissions reçues, une évaluation de l'optimisation des ressources est menée à l'égard du modèle d'approvisationnement « conception-soumission-construction », en comparaison avec le modèle DMA, est également évalué.

Evaluation de l'optimisation des ressources

Le vérificateur a noté que l'évaluation de l'optimisation des ressources menée à l'égard du Projet de l'hôpital de Brampton n'a été pas fondée sur une analyse complète de tous les facteurs et critères pertinents et a été faite trop tard pour appuyer des améliorations au processus d'approvisionnement. Le vérificateur recommande que l'évaluation de l'optimisation des ressources se fonde sur des critères clairs et pertinents et soit faite tout au début du processus d'approvisionnement. Il a ajouté que l'évaluation de l'optimisation des ressources pourrait être perçue comme subjective, car seule l'approche P3 permettrait au William Osler Health Centre d'obtenir des fonds pour un nouvel hôpital. Il recommande que la comparaison des coûts selon l'approvisionnement traditionnel et selon la formule DfMA suive un processus objectif.

## Evaluation de l'optimisation des ressources

Le ministre de la Santé a affirmé que depuis que la construction de l'hôpital de Brampton est terminée, la lagune dont les grands projets d'infrastructure sont construits et finançés en Ontario a fait l'objet de modifications importantes. Il a ajouté que la plupart des problèmes relatifs au processus d'approvisionnement des projets qui ont été soulevés dans le rapport du vérificateur général sont désormais résolus par Infrastructure Ontario.

## Processus d'infrastructure Ontario

Le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure a indiqué que d'autres critères sont évalués, notamment les types de risques associés au projet (p. ex., risque environnemental), les types de contraintes législatives et réglementaires en vigueur qui pourraient ne pas permettre l'approche DMA, ainsi que d'autres conditions. Il a ajouté que la majorité des projets d'infrastructure de l'Ontario ne sont pas exécutés dans le cadre d'une entente DMA, même si plusieurs sont en cours.

Autres risques

Le ministère de l'Énergie et de l'Infiltrastucture examine plusieurs critères relatifs aux risques avant de déterminer si un projet devrait être exécuté dans le cadre d'une structure DMTA, notamment : montant des risques pouvant étre transférés; possibilités d'innover; envergure du projet. Le ministre détermine si le projet est suffisamment grand pour attirer du financement et susciter l'intérêt d'un consortium.

#### *Transfer des risques et envergure du projet*

Selon le ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure, l'évaluation du montant prévu au titre du transfert des risques n'est pas scientifique, mais a fait l'objet d'un certain degré de discipline. Le ministère de la Santé est d'avis que la province obtient le meilleur rapport qualité-prix en envisageant des possibilités de transfert des risques associées au projet de construction. Selon lui, selon la méthode DMA, les risques importants liés à la conception, la construction, le financement, le fonctionnement et l'entretien sont transférés au secteur privé.

## Procédures DMDA

Dans le cadre de la vérification du projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'hôpital de Brampton, le vérificateur a conclu qu'il n'y a pas eu d'évaluation formelle des coûts et avantages respectifs des différentes options d'approvisionnement. Il a recommandé que toutes les possibilités soient évaluées, ainsi que d'envisager d'étendre la participation et l'expérience d'infrastructure. Ontario a tous les projets d'infrastructure. Le ministère de la Santé a indiqué que le processus DMDA actuel tient compte de la proccupation du vérificateur selon laquelle chaque projet est évalué par rapport aux priorités stratégiques afin d'en assurer la conformité à ces priorités. Les décisions en matière d'investissement sont prises indépendamment de l'évaluation des options d'approvisionnement.

Le ministère a décrit la DMDA comme étant une méthode de présentation de grands projets complexes d'infrastructure traitant partie des ressources et de l'expérience du secteur privé. Tous les projets entrepris par Infrastructure Ontario d'après la méthode DMDA sont régis par cinq principes clés :

- L'intérêt public doit être primordial.
- L'optimisation des ressources doit être évidente.
- La propriété et le contrôle publics appropries doivent être maintenus.
- La responsabilisation doit être maintenue.
- Tous les processus doivent être justes, transparents et efficaces.

Dans son rapport sur le Projet de l'hôpital de Brampton, le vérificateur a affirmé que la mesure dans laquelle un contrat bien structure aux termes d'une entente d'approvisionnement traditionnelle aurait pu se traduire par un coût global moins élevé aurait du faire l'objet d'un examen plus attentif avant que l'approche P3 ne soit adoptée. En ce qui concerne la prestation de services non cliniques par l'hôpital, il a noté également que le William Osler Health Centre a estimé que la mesure dans laquelle un contrat bien structure aux termes d'une entente de l'estimation ou de l'inflation. Selon le vérificateur, la pluie grande partie de 95 millions de dollars en risques transférables aux partenaires du secteur privé en vertu de l'estimation P3 pour les risques de fluctuation des prix décaulant d'une certaine somme n'est pas réalisable, car l'entente de projet pour les services non cliniques prévoit une révision des prix. Le vérificateur a recommandé que tous les facteurs pertinents, dont ceux qui attirent les risques, soient pris en compte dans l'attribution des risques transférables. Il a recommandé également que l'expérience acquise dans le cadre des projets DMDA antérieurs soit aussi mise à profit dans la mesure du possible et à assurer que le transfert des risques doit être appuyé par les modalités de l'entente de projet.

Veuillez trouver ci-dessous une synthèse des principales conclusions et recommandations du rapport de vérification de l'hôpital de Brampton.

DEVANT LE COMITÉ

## QUESTIONS SOULEVÉES DANS LE CADRE DE LA VERIFICATION ET

Le vérificateur a constaté que le WHOG avait investi beaucoup de temps et d'efforts dans la planification et la mise en œuvre du projet du nouvel hôpital. Le WHOG ne pouvait toutefois pas choisir l'approche d'approvisionnement à adopter. C'est plutôt le gouvernement au pouvoir qui a opté pour le partenariat entre les secteurs public et privé (P3). Le vérificateur a remarqué que les options de recchange, dont l'approvisionnement traditionnel, n'étaient pas faites l'objet d'une analyse coûts-avantages approfondie avant que la décision soit prise. Cette lacune, conjuguée à d'autres préoccupations concernant le premier projet P3 au WOHC, a amené le vérificateur à conclure que le coût global aurait pu être moins élevé si l'hôpital et les services non cliniques connexes avaient été acquis selon l'approche traditionnelle plutôt que l'approche P3 adoptée en l'occurrence.

Cependant, comme dans toute expérience nouvelle, il y a initialement des leçons à apprendre. Les hauts fonctionnaires de ces organisations ont recommandé cet état de fait et ont mentionné que le processus DMR a certainement eu lieu dans les délais et les budgets prévus. Le Comité a demandé si l'ivrer les hôpitaux dans les délais et les budgets prévus. Le ministre a déclaré que selon le ministre de la Santé, la DMR a confirmé l'obligation du secteur privé de selon le mode d'approvisionnement classique (par exemple, depuis les dernières années) pour déterminer combien, parmi ceux-ci, ont été exécutés dans le respect des délais et des budgets. Le ministre a répondu qu'à son avis une telle étude n'existe pas.

Le ministre avait mené un examen des projets de nouveaux hôpitaux réalisés selon le mode d'approvisionnement classique (par exemple, depuis les dernières années) pour déterminer combien, parmi ceux-ci, ont été exécutés dans le respect des délais et des budgets prévus. Le ministre a déclaré que

## Respect des délais et des budgets : Comparaison de la méthode classique et du modèle DMR

### Résp ect des délais et des budgets : Comparaison

Le vérificateur a constaté que le WHOG avait investi beaucoup de temps et d'efforts dans la planification et la mise en œuvre du projet du nouvel hôpital. Le WHOG ne pouvait toutefois pas choisir l'approche d'approvisionnement à adopter. C'est plutôt le gouvernement au pouvoir qui a opté pour le partenariat entre les secteurs public et privé (P3). Le vérificateur remarque que les options de recchange, dont l'approvisionnement traditionnel, n'avaient pas fait l'objet d'une analyse coûts-avantages approfondie avant que la décision soit prise. Cette lacune amène le vérificateur à conclure que le coût global aurait pu être moins élevé si conjuguée à d'autres préoccupations concernant le premier projet P3 au WHOG, ainsi que les services non cliniques connexes avaient été acquis selon l'hôpital et les services non cliniques que le vérificateur a constaté que le processus DMFA actuellement en place tient compte des apprendre. Les hauts fonctionnaires de ces organismes ont reconnu cet état de fait et ont mentionné que le processus DMFA actuellement en place tient compte des questions soulevées par le vérificateur.

**Recommandation du Comité**  
Le Comité permanent des compétences publiques recommande ce qui suit :

Nombre total de projets de nouveaux hôpitaux en Ontario  
Selon le ministère de la Santé, environ 117 projets de nouveaux hôpitaux sont en cours en Ontario. De ce nombre, 39 sont des grands projets qui ont été mis en oeuvre avant la création du Plan d'action Renouveau Ontario (qui relève d'Infrastucture Ontario), et 78 sont des grands projets ayant été annoncés par le gouvernement et dont l'exécution s'effectuera jusqu'en 2011-2012.

D'ici à ce que les 117 projets de nouveaux hôpitaux en cours en Ontario soient terminés, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport annuellement au Comité permanent des compétences publiques des projets ayant été terminés au cours de l'exercice, en précisant ceux qui ont — et n'ont pas — été livrés dans les détails et les budgets prévus. Le ministre devra également indiquer la méthode d'acquisition utilisée pour chaque projet de nouvel hôpital mentionné dans son rapport.

D'ici à ce que les 117 projets de nouveaux hôpitaux en cours en Ontario soient terminés, le ministre de la Santé et des Soins de longue durée devra faire rapport annuellement au Comité permanent des compétences publiques des projets ayant été terminés au cours de l'exercice, en précisant ceux qui ont - et n'ont pas - été livrés dans les détails et les budgets prévus. Le ministre devra également indiquer la méthode d'acquisition utilisée pour chaque projet de nouvel hôpital mentionné dans son rapport.

- La décision d'utiliser le modèle P3 était étayée par une analyse objective des différentes options;
- tous les risques et enjeux importants avaient été documentés en compte dans l'entente finale;
- les dépenses publiques avaient été engagées dans le respect des principes d'économie.

Le vérificateur avait pour objectif d'évaluer si :

## OBJETIF DE LA VERIFICATION

Le ministre de la Santé et le ministre de l'Énergie et de l'Infrastructure élaborent de grands projets d'immobilisations de concert avec les hôpitaux. Le ministre de la Santé travaille avec les hôpitaux et les RLISS pour déterminer la portée des programmes et services, de même que les questions d'espace et de conception, de partage des coûts d'immobilisations, de plan de financement de la conception, de partage des coûts d'immobilisations, de plan de financement de la partie locale et du financement de fonctionnement postérieur à la construction. Le ministre de l'Énergie et de l'Infrastructure et l'Infrastructure Ontario surveillent la présentation des projets approuvés.

Le ministère de la Population de l'Ontario et en améliore les divers aspects. Le mandat du ministère de l'Énergie et de l'Infrastructure comprend la supervision de la prestation des grands projets d'infrastructures, notamment les hôpitaux, les palais de justice, les routes, les ponts, les aqueducs et d'autres biens publics. L'infrastructure Ontario est une société d'état qui a recours à la DMDA pour la reconstruction des infrastructures de la province. Elle donne également aux municipalités, universités et autres organismes admissibles de l'Ontario accès à des prêts abordables pour la construction et le renouvellement des infrastructures publiques locales.

Relations entre les ministères et Infrastructure Ontario

Au moment de la vérification, l'Hôpital Memorial de Peel n'a offert pas de services cliniques. L'avènement du projet de l'Hôpital Memorial de Peel devait être déterminé par le ministre de la Santé, le WHOCT le Research local d'intégration des services de santé.

- 527 lits en 2009-2010;
- 527 lits en 2009-2010;
- 570 lits en 2010-2011;
- 608 lits en 2011-2012.

En octobre 2007, le WHO a ouvert le nouvel hôpital. Le coût total sur la période de construction de trois ans s'élèverait à 614 millions de dollars pour la conception et la construction, les modifications et les frais de financement. L'hôpital avait 479 lits en service. Les prévisions quant au nombre de lits en service sont les suivantes :

Aux termes de l'entente, le consortium étais chargé de la conception, de la construction et du financement d'un nouvel hôpital de 608 lits, de la prestation de certains services non cliniques, ainsi que de l'entretien et de la maintenance des installations permanentes pendant une période de 25 ans. Le WHOIS engageait à verser des paiements mensuels au consortium sur la période de 25 ans commençant à la date d'achèvement des travaux de construction. Le WHOIS prévoyait aussi de reménager l'Hôpital Memorial de Peel afin de disposer d'une capacité additionnelle de 112 lits.

Le William Osler Health Centre, l'une des plus grandes associations hospitalières de l'Ontario, desservit Etobicoke, Brampton et les environs, cette dernière étant parmi les régions de l'Ontario en plus grande croissance. Vers la fin des années 1990, la Commission de restructuration des services de santé a reconnu que la région de Brampton avait besoin d'un nouvel hôpital. En 2003, le WHC a concilié une entente P3 avec des partenaires en vue de la construction de l'hôpital de Brampton. Les partenaires étaient le Réseau de retraite des employés municipaux de l'Ontario (MERS) et The Healthcare Infrastructure Company of Canada (THICC) — consortium regroupant deux sociétés du secteur privé, Ellis Don (entrepreneur en construction) et Carrillon Canada Inc. (fournitiseur de services non cliniques).

VUE D'ENSEMBLE

Dans son rapport, le Comité fait un certain nombre de recommandations et demande aux ministères, à l'infrastructure Ontario et au WOHC de faire parvenir une réponse écrite au greffier du Comité à l'égard de chacune des recommandations du Comité dans les 120 jours civils suivant le dépôt du rapport du Comité auprès du président de l'Assemblée législative, sauf indication contraire dans une recommandation.

En mars 2009, le Comité permanent des compétences publiques a tenu des audiences publiques sur la section 3.03 du Rapport annuel 2008 du vérificateur général. A cette occasion, des hauts fonctionnaires des ministères ci-dessus et le William Osler Health Centre ont comparu devant le Comité. (Pour une transcription, voir le Journal des débats du Comité, 25 mars 2009.) Le Comité endosse les conclusions et les recommandations du Comité et souhaite remercier le vérificateur et son équipe d'attirer son attention sur des questions importantes relatives à la participation du secteur privé au développement de l'infrastructure du secteur public.

longue durée (ministère de la Santé). Le vérificateur a souligné que, comme dans toute expérience nouvelle, il y a initialement des leçons à apprendre. Les hauts fonctionnaires de ces organismes ont reconnu cet état de fait et ont mentionné que le processus DMSA actuellement en place tient compte des questions soulevées par le vérificateur.

INTRODUCTION

Les partenariats entre le secteur public et le secteur privé sont généralement des ententes contractuelles entre le gouvernement et le secteur privé aux termes desquelles des entreprises du secteur privé fournissent des biens et des services, et les différents partenaires partagent les responsabilités et les risques. Les gouvernements concueent des ententes pour permettre de transférer les risques au secteur privé, qu'elles permettent aux deux secteurs de mises sur leurs points forts, qu'elles accélèrent les investissements et qu'elles aident à combler l'écart entre les besoins en infrastructure publique et la capacité financière du gouvernement.

Le véritable succès d'une communauté locale repose sur le respect des principes fondamentaux de la démocratie et de l'égalité. Ces principes doivent être appliqués dans tous les domaines de la vie publique, y compris dans les institutions publiques et les organisations privées. La participation citoyenne est essentielle pour assurer la transparence et l'efficacité des institutions publiques. Les citoyens doivent être informés et impliqués dans les décisions qui les concernent. La participation citoyenne peut prendre de nombreuses formes, telles que la participation aux débats publics, la participation aux commissions consultatives, la participation aux comités de quartier, la participation aux associations communautaires, la participation aux groupes de pression et la participation aux partis politiques.

- En 2004, l'Ontario a publié un cadre intitulé *Pour un avenir meilleur*, qui stipule les principes fondamentaux régissant la participation du secteur privé au développement de l'infrastructure publique. Le cadre établit également les principes qui doivent guider l'acquisition.
- En novembre 2005, un organisme de la Couronne — InfraStructure Ontario — a été établi. Son mandat est de superviser la présentation de tous les projets en Ontario pouvant se prêter à la diversification des modes de financement et d'approvisionnement (DMFA). (En Ontario, l'approche P3 actuelle est connue sous l'acronyme DMFA.)
- Aux termes du plan d'investissement dans l'infrastructure *Renouveau Ontario* de 2005, tous les projets DMFA doivent faire l'objet d'une analyse d'optimisation des ressources par des consultants indépendants, qui doivent s'assurer que les projets en question représentent des économies potentielles par rapport à l'approvisionnement traditionnel.

Dépôts l'entente concilie en 2003 par le WHO au sujet de la construction de l'hôpital de Brampton en vertu du modèle P3, la situation a évolué comme suit :

En 2003, le William Osler Health Centre (WHC) a conclu une entente visant la construction d'un nouvel hôpital municipal à Brampton aux termes d'un partenariat entre les secteurs public et privé (P3), à la suite d'une décision prise en 2001 par le gouvernement fédéral. L'autre secteur de partenariats devraient être pris en compte dans la considération avant que le gouvernement de l'Ontario affecte des fonds à de nouveaux hôpitaux. Dans son rapport de vérification du projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'hôpital de Brampton, le vérificateur général (ci-après le « vérificateur ») souligne que les options de rechange, dont l'approvisonnement traditionnel – selon lequel le gouvernement se charge de la conception et de la construction –, n'avaient pas fait l'objet d'une analyse coûts-avantages appropriée avant que la décision soit prise. Le vérificateur concerne aussi le coût global relatif à l'hôpital de Brampton aurait pu être moins élevé si l'hôpital et les services non cliniques connexes avaient été vendus au secteur public. Selon l'hôpital de Brampton, il n'a pas été possible de déterminer avec certitude combien de temps l'opération de l'hôpital de Brampton aurait été moins coûteuse que celle de l'hôpital de Mississauga.



## TABLE DES MATIÈRES

1	INTRODUCTION
2	VUE D'ENSEMBLE
3	OBJETIF DE LA VÉRIFICATION
4	QUESTIONS SOULÈVÉES DANS LE CADRE DE LA VÉRIFICATION ET DEVANT LE COMITÉ
4	Respect des délais et des budgets : Comparaison de la méthode classique et du modèle DmFA
4	Nombre total de projets de nouveaux hôpitaux en Ontario
5	Processus DmFA
6	Transfert des risques
6	Autres risques
6	Évaluation de l'optimisation des ressources
8	Expérience du conseil et d'infrastructure Ontario
8	Projets dont l'exécution selon le modèle Dmfa a été rejetée par
9	Sélection de l'entrepreneur P3
9	Approche pour les services
9	Cycle de vie
10	Nature du contrat relatif à l'hôpital de Brampton, y compris le bail
10	Coûts de financement
12	Déclaration et coût du financement de projets particuliers
12	Hausse des coûts à la suite du choix du soumissionnaire
13	Dévis descriptif générique
14	Part locale des coûts des immobilisations et de l'équipement
15	Crise du crédit
15	Entente de projet et surveillance du rendement
15	Entente contractuelle avec l'hôpital de Brampton pour la prestation de services non cliniques
16	Transparence et responsabilisation
17	Approche future pour les hôpitaux : Démenagement dans de nouvelles installations
19	LISTE DES RECOMMANDATIONS



## **LISTE DES CHANGEMENTS DANS LA COMPOSITION DU COMITÉ**

### **COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

LAURA ALBANESE a été remplacée par DAVID RAMSAY le 15 septembre 2009.

ERNIE HARDEMAN a été remplacé par TED ARNOTT le 15 septembre 2009.

TED ARNOTT a été remplacé par PETTER SHURMAN le 24 février 2010.

PHIL MCNEILY a été remplacé par ALLIEEN CARROL le 9 Mars 2010.



## **COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS**

### **COMPOSITION DU**

**2<sup>ème</sup> session, 39<sup>e</sup> législature**

**NORMAN W. STERLING**  
Président

**PETER SHURMAN**  
Vice-président

**DAVID ZIMMER**

**MARIA VAN BOMMEL**

**LIZ SANDALS**

**DAVID RAMSAY**

**JERRY J. OUELETTE**

**FRENCE GELINAS**

**ALIEEN CARROLL**

**Susan Viets**  
Rechercheuse

**Katch Koch**  
Greffier du comité

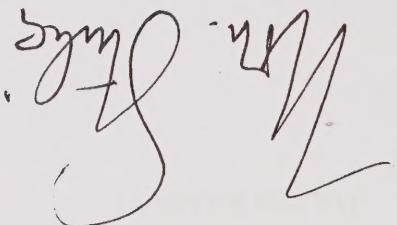
---



Toronto, Ontario M7A 1A2  
COMITÉ PERMANENT DES COMPTES PUBLICS  
STANDING COMMITTEE ON PUBLIC ACCOUNTS

Mai 2010  
Queen's Park

Norman W. Sterling



Le président du comité,

L'Assemblée.

Le Comité permanent des comptes publics a l'honneur de présenter son rapport et de le confier à

Monsieur le président,

Président de l'Assemblée législative  
L'honorable Steve Peters

Legislative  
Assembly  
of Ontario  
de l'Ontario



Legislative  
Assembly  
of Ontario

Donnees de catalogue avant publication de la Bibliothèque et Archives Canada  
Ontario. Assemblée législative. Comité permanent des comités publics  
Projet des partenariats entre les secteurs public et privé de l'Hôpital de Brampton  
(Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.03)

Texte en français et en anglais disponible télé-beaché.  
Titre de la p. de t. additionnelle: Brampton Civic Hospital public-private partnership project  
(Section 3.03, 2008 Annual report of the Auditor General of Ontario)  
Également disponible sur Internet.  
ISBN 978-1-4435-0627-4

R.A967 O36 2009  
725.5109713535  
C2009-964044-9P  
1. Hôpital de Brampton—Conception et construction—Court—Audit. 2. Hôpitaux—  
Ontario—Brampton—Conception et construction—Court—Audit. 3. Partenariat public-  
privé—Ontario—Brampton—Evaluation. I. Titre. II. Titre: Brampton Civic Hospital  
public-private partnership project (Section 3.03, 2008 Annual report of the Auditor General  
of Ontario)

3 1761 114684186

59 Elizabeth II  
2<sup>ème</sup> session, 39<sup>e</sup> législature

(Rapport annuel 2008 du vérificateur général de l'Ontario, section 3.03)

**BRAMPTON**  
**SECTEURS PUBLIC ET PRIVÉ DE L'HÔPITAL DE**  
**PROJET DES PARTENARIATS ENTRE LES**

**COMITÉ PERMANENT DES  
COMPTES PUBLICS**

Legislative Assembly of Ontario  
Assembly de l'Ontario  
Législative Assembly of Ontario

